

### **Anexo III - DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA**

#### **Para a Inscrição de Chapa:**

- 1. Documento de Referência** escrito, validado e assinado pelo Conselho Distrital de Saúde com a indicação do conselheiro distrital ou, no caso de Entidade Representativa, ofício de indicação com a assinatura do responsável legal pela entidade (§5º, Art. 59, Regimento do CMS). No impedimento de haver plenária, poderá ser validado pelo Núcleo de Coordenação do CDS.
- 2. Requerimento para inscrição de chapa**, em duas vias (uma das quais destinada à Comissão Eleitoral e outra à chapa com o registro de recebimento da Secretaria Executiva), corretamente preenchido e assinado pelos candidatos.
- 3. Cópia de documentos** de identidade (RG) e CPF de todos os integrantes da chapa.

#### **Para a votação:**

- I. Crachá de votação fornecido ao assinar a lista de presença no Plenário, acompanhado de documento com foto.**
- II. Termo de Compromisso** documento que será assinado pelo Conselheiro Suplente, que for votar em substituição ao seu Titular.

**1. DOCUMENTO DE REFERÊNCIA DO CANDIDATO  
EMITIDO PELA ENTIDADE OU CONSELHO DISTRITAL DE SAÚDE**

À

Comissão Eleitoral do CMS/POA

N/Capital

O Conselho Distrital de Saúde/ Entidade....., através de seu representante legal,....., vem respeitosamente referendar [nome do Conselheiro(a)].....

..... como candidato(a) para concorrer ao pleito do Núcleo de Coordenação do Conselho Municipal de Saúde, no segmento ....., conforme faz prova a cópia da ata (do Núcleo de Coordenação ou do Plenário do CDS, em se tratando de Conselho Distrital de Saúde), em anexo. E, se eleito(a), comprometemos em mantê-lo(a) como representante deste CDS/ Entidade junto ao Plenário do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre, **durante o biênio 2024-2025**, de acordo com o art. 6º, §5º do Regimento Interno do CMS/POA.

Nestes Termos,

Pede Deferimento

Porto Alegre, ..... de .....de 202.....

Nome do representante legal



**CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE**  
**2 -REQUERIMENTO PARA INSCRIÇÃO DE CHAPA PARA ELEIÇÃO DO**  
**NÚCLEO DE COORDENAÇÃO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE**

Nº DA CHAPA \_\_\_\_\_

CARGO	NOME COMPLETO S E G .	RG/ CPF TELEFONE ENTIDADEou CDS	ASSINATURA
Coordenador(a)			
Vice Coordenador(a)			
Coordenador( a) Adjunto(a)			
Coordenador Adjunto			
Coordenador Adjunto			
Coordenador Adjunto			
Coordenador( a) Adjunto(a)			

PARA USO DA  
SECRETARIA EXECUTIVA DO CMS/POA

RECEBIDA ESTA INSRIÇÃO

EM \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

ÀS \_\_\_\_\_ h.

**PARA USO DA COMISSÃO ELEITORAL**

Após análise da documentação, a Comissão Eleitoral (aprova ou rejeita):

a inscrição de chapa.

MOTIVAÇÃO: \_\_\_\_\_

Em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

**Ciente da Decisão da  
COMISSÃO ELEITORAL**

Em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Candidato(a) a Coordenador(a)

*Deve ser Acompanhado com a Documentação Exigida (Anexo III) pelo Edital*